Troisième Année N° 2 Février 1893

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France	**10** fr. par an
Étranger.	**12** fr. —

PARIS

L. BATTAILLE & Cie

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Bonnier.
4. Boucheron.
5. Cartaz.
6. Chatellier.
7. Duplay.
8. Garnault.
9. Garrigou-Desarenes.
10. Gellé.
11. Gille.
12. Gouguenheim.
13. Hermet.
14. Ladreit de Lacharrière
15. Lévi.
16. Lœwenberg.
17. Lubet-Barbon.
18. Luc.
19. Marage.
20. Martin.
21. Ménière.
22. Miot.
23. Potiquet.
24. Reynier.
25. Ruault.
26. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1893

Président............	Lœwenberg.
Vice-Président.......	Ruault.
Secrétaire général...	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel....	Bonnier.
Trésorier............	Ménière.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général, rue du Four, 51.*

N° 2 TROISIÈME ANNÉE FÉVRIER 1893

BULLETINS ET MÉMOIRES
DE LA SOCIÉTÉ
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 6 Janvier 1893 (Suite)

Présidence de M. LŒWENBERG

Sensations de corps étranger du pharynx et du larynx supprimées par la cocaïne

Par M. le Docteur Alfred MARTIN

Dans les premières années de ma pratique, j'ai eu l'occasion de voir un certain nombre de malades se plaignant d'un corps qui était resté fixé dans le larynx ou dans le pharynx, malgré leurs efforts de déglutition. Très rarement mes recherches se terminaient par la trouvaille du corps étranger annoncé.

Plus tard, au moyen de la cocaïne, les recherches furent plus faciles, mais le résultat fut le même, pas de corps étranger. Seulement l'insensibilisation produite par la cocaïne avait fait disparaître le corps si cherché.

Je ne citerai que deux observations parmi les nombreuses que j'ai à ma disposition.

1° Un de mes amis vient me voir parce que deux jours auparavant, en mangeant du poisson, une arête s'est fixée à la partie supérieure du larynx, il est très gêné, fait des efforts constants de

déglutition, et porte la main à son larynx indiquant très nettement le point où doit s'être fixée l'arête.

Un examen attentif avec la cocaïne ne donne pas de résultats, mais l'arête a disparu, le malade est persuadé que je l'ai enlevée, et chaque fois qu'il me rencontre, il me rappelle que je lui ai sorti du larynx une arête énorme.

2e *Observation.* — Au mois de juillet dernier, une femme croit qu'en mangeant des cerises, un noyau est passé derrière son voile du palais et s'est placé dans son pharynx nasal. Par des mouvements, elle le fait remuer; elle va chez nombre de médecins, on la regarde, on la touche, personne ne peut trouver le fameux noyau qu'elle sent toujours. Elle vient me voir, l'examen est très facile parce qu'elle n'a pas de cornet inférieur et qu'on peut voir par son nez dans son pharynx. La rhinoscopie postérieure très facile aussi ne montre rien. Je la cocaïne, la sensation disparaît, elle est convaincue qu'elle a avalé son noyau, et elle part enchantée.

Depuis l'observation de ces faits, lorsqu'un malade vient me voir pour un corps étranger du larynx ou du pharynx, je commence par faire un badigeonnage de cocaïne, et si la sensation disparaît, il est inutile de se livrer à une recherche qui ne ferait rien découvrir.

M. Ruault. — Le corps étranger laisse une sensation persistante, que la cocaïne fait disparaître, et que la muqueuse « oublie » définitivement.

M. Hermet. — Ce qui a persisté en réalité, c'est la sensation de l'éraillure, de l'écorchure produite par le corps étranger, et c'est elle qu'efface la cocaïne.

M. Gilles. — J'ai vu un cas où un poil de brosse à dent, resté fiché dans la partie postérieure du voile du palais, parfaitement visible et sensible, déterminait une sensation très désagréable que la cocaïne fit entièrement disparaître, et qui ne revint plus, bien que le corps étranger demeurat fixe au même endroit. Il faut donc faire aussi intervenir une véritable action psychique.

M. Martin. — La plupart des individus qui viennent vous prier de les débarasser d'un corps étranger, n'ont plus que la sen-

sation de ce corps, qui leur semble resté en place, bien que l'examen ne laisse rien retrouver. C'est cette sensation que la cocaïne fait disparaître, sans qu'il y ait de corps étranger à extraire.

M. Lœwenberg. — Il m'est arrivé d'avaler par mégarde un brin d'herbe qui se planta dans la paroi latérale du pharynx. Le corps étranger disparut, mais l'écorchure persistait et la sensation primitive restait intégralement la même. Une cautérisation fit tout disparaître.

Corps étranger du Conduit

Par le Dr Bonnier

Je fus consulté, il y a environ un mois, à l'hôpital Cochin, par un manouvrier d'une trentaine d'années, pour de forts bourdonnements de l'oreille gauche et une surdité assez prononcée survenue brusquement quelques jours auparavant.

Je pus facilement extraire, avec une pince mousse, une énorme masse de cérumen et tout disparut aussitôt. Passant ensuite à l'examen de l'oreille droite, j'appris tout d'abord que le malade avait de ce côté perdu l'ouïe à l'âge de 7 ans, subitement, sans écoulement ni douleur, et que jamais il n'avait été soigné pour sa surdité.

L'oreille droite était également bourrée de cérumen, et quand j'en eus retiré à peu près le volume d'un gros pois, ma pince rencontra un corps dur qu'elle ne put saisir, le malade étant pris de vertige violent et d'accès de toux tympanique qui firent suspendre toute tentative directe de mobilisation.

Je prescrivis au malade des bains d'oreille et des injections

destinées à le débarasser du cérumen formant une gangue compacte au corps en question, et huit jours après il m'apporta un petit fragment de tube en verre, de *quatre* m/m d'épaisseur sur *sept et demie* de hauteur.

Ajoutons que l'ouïe, suspendue pendant près de 23 ans, est revenue de ce côté presque instantanément.

Malgré ce long séjour d'un corps étranger au contact de la membrane et cette compression continue, le tympan droit ne diffère du gauche que par une saillie un peu plus accusée de l'apophyse externe. Les trompes sont également libres.

RÉFLEXES DU CONDUIT

Par le Docteur Bonnier

Chez un malade tuberculeux, au début d'une carie qui a denudé la paroi postérieure du conduit auriculaire externe en deux points, nous avons pu constater trois réflexes bien distincts.

1° L'attouchement de la membrane provoque, comme cela est normal, une sensation réflexe d'irritation localisée soit au niveau de la glotte, soit au-dessus ; et une toux brève, de caractères bien connus, dite toux *tympanique*, dont l'action expulsive est nettement appropriée à la sensation d'une irritation de la muqueuse laryngée au-dessus du plan glottique.

2° Sur le premier point denudé, un peu en dehors et en arrière du tympan, l'attouchement détermine une irritation sous-glottique et une toux réflexe, profonde et à caractère bronchique.

Dans ces deux cas, il y a erreur de localisation, dans la perception sensitive, et le réflexe de toux répond à la perception faussée. Ces deux premiers réflexes appartiennent nettement au nerf vague.

3° Plus loin encore du tympan, aux confins de la paroi osseuse du conduit se trouvait un second point assez douloureux, mais sans erreur de localisation, et d'où partait un réflexe qui se traduisait tantôt par un gloussement, tantôt par une véritable éructation. Le malade ne sentait aucune douleur interne provoquant la contraction brusque du diaphragme, et il était lui-même surpris de ce réflexe qu'il ne rapportait à aucune sensation. Nous devons penser qu'il se produisait grâce à la communauté d'origine du rameau auriculaire du plexus cervical et de la première racine du

phrénique, qui tous deux émergent par le troisième trou intervertébral.

Il est à remarquer que plus on s'éloigne du tympan, plus les réflexes provoqués ont un siège profond dans le cou et le thorax ; les deux premiers réflexes correspondent à des sensations elles-mêmes réflexes et vicieusement localisées ; le troisième semble n'avoir aucun rapport avec l'irritation qui le provoque et dont le siège est exactement localisé. Les deux premiers appartiennent au pneumogastrique et correspondent à des irritations de la muqueuse respiratoire. Le troisième est en quelque sorte dissocié et le réflexe moteur ne répond pas à la sensation consciemment localisée ; il répond sans doute à une autre sensation réflexe dont le malade n'avait pas conscience, et qui appartiendrait à l'appareil digestif.

Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale (1)

Par le Docteur LICHTWITZ (de Bordeaux)

Le terme de *Nasal Hydrorrhoea* a été employé en 1889 par Bosworth [1] dans son *Traité des Maladies des fosses nasales*, pour désigner « une forme curieuse de maladie qui se rencontre parfois dans les fosses nasales et dont le caractère saillant consiste en un écoulement nasal aqueux et très abondant. Cette affection présente beaucoup d'analogie avec la fièvre des foins ; elle en diffère en ce qu'elle peut survenir en toute saison. Elle offre cependant un certain degré de périodicité, car bien qu'ap-

---

(1) Communication faite à la Société de Laryngologie, d'Otologie et Rhinologie de Paris, le 4 Novembre 1892.

paraissant tous les jours elle ne se montre souvent qu'à certaines heures déterminées ; dans d'autres cas, au contraire, elle semble persister durant 24 heures consécutives. C'est là, d'ailleurs, une maladie excessivement rare : l'on n'en trouve que peu de cas dans la littérature. »

Bosworth base sa description sur 18 cas, dont 16, empruntés à divers auteurs, sont groupés d'après l'ordre chronologique, et dont deux lui sont personnels.

Quand on lit ces observations attentivement, on trouve que les unes sont incomplètes et manquent surtout d'un examen nasal, tels sont les cas de Rees [2], Forster [3], Elliotson [4], ainsi que plusieurs autres dont nous donnons plus loin le nom de l'auteur, que d'autres ne méritent pas d'être classées ici, telle est par exemple la courte observation de Davies [5], qui ne paraît être qu'un simple cas d'empyème chronique du sinus maxillaire.

D'autres observations enfin diffèrent tellement par leur origine des autres cas qu'il est difficile de les décrire sous le même titre : Prenons seulement le cas de Vieusse [6] dans lequel l'éculement aqueux était dû à une fracture du crâne, ou celui d'Althaus [7] dans lequel la sécrétion nasale avait accompagné une paralysie de la cinquième paire.

Aussi les déductions que l'auteur tire de ces cas disparates sont-elles très confuses, surtout en ce qui concerne l'étiologie de l'hydrorrhée nasale. Même dans les cas qui restent, ceux de J. Paget [8], Tillaux [9], Fischer [10], Speirs [11], Leber [12], Nettelship [13], Pristley Smith [14], Baxter [15], Mathiesen [16], et les deux cas de Bosworth), on ne trouve guère une analogie bien marquée dans l'étiologie et la symptomatologie de l'affection. Il en est de même des deux cas que Hardie [17] a publiés en 1890 et du cas observé par Andersen [18].

En parcourant ces observations, on verra sur combien de points diffère le cas que nous avons observé et dont nous donnons l'observation détaillée.

Bien que le seul symptôme commun à tous les cas, l'hydrorrhée nasale, ne suffise pas à créer une entité morbide, nous maintiendrons ce titre en attendant que la lumière soit faite sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection,

OBSERVATION

Hydrorrhée nasale accompagnée de phénomènes nerveux multiples ayant duré 29 ans. Amélioration considérable après la ponction du sinus frontal droit, suivie un an plus tard de guérison complète après l'élimination spontanée d'une matière gélatineuse par les fosses nasales.

Madame F......., 51 ans. Mère morte d'une attaque d'apoplexie; père mort hémiplégique.

Dans sa première enfance, santé assez médiocre, bien qu'il n'existât aucune affection déterminée. Réglée à 16 ans, menstrues irrégulières et peu abondantes.

Elle raconte qu'à l'âge de 18 ans, elle aurait recueilli subitement dans son arrière-gorge un corps poreux, jaunâtre, de forme irrégulière, provenant probablement du nez. Elle ne se rappelle pas d'autres détails sur ce fait.

En 1861 (22 ans) elle fut tout d'un coup prise d'ictère avec bouffissure de la face d'une durée d'un mois environ. Depuis lors, la malade affirme ne s'être jamais bien portée; rhumes de cerveau fréquents, sensation constante de pesanteur sourde en haut du nez qui n'était cependant pas obstrué. Elle souffrait en outre de troubles divers du côté de l'estomac (Dyspepsie, crampes, douleurs).

Voici la description que donne la malade de ces crises de « rhumes de cerveau »: Tous les huit ou quinze jours elle est prise sans cause aucune, alors même qu'elle garderait la chambre, d'un écoulement de liquide aqueux qui sort principalement de la narine droite, d'éternuements, de photophobie et d'un larmoiement très abondant.

L'écoulement nasal est tellement profus que la malade mouille ses vêtements et ses ouvrages. Quand elle essaie de travailler, il se forme sur le plancher, à l'endroit où elle est assise, de véritables petits ruisseaux et la nuit les draps et le traversin sont inondés. Le liquide est clair comme de l'eau et n'empèse pas le linge. Si elle tient la tête penchée en arrière, l'écoulement se fait dans les arrière-fosses nasales. L'accès s'annonce par des frissons et un malaise général, sans fourmillement ni mal de tête. Pendant l'accès, la malade continue à avoir froid; dès qu'elle se met au lit, elle commence à transpirer. Somnolence constante, inappétence

complète, photophobie. De plus, il existe des douleurs vagues dans tout le corps, notamment dans les ongles, ainsi qu'un mal à la gorge qui rend la déglutition pénible.

Cet état dure habituellement 3 jours et 3 nuits de rang ; le quatrième jour, l'écoulement fait place à une sécrétion plus épaisse qui dure 24 heures ; puis la sécrétion cesse jusqu'à ce que quelques jours plus tard éclate un nouvel accès. Dans l'intervalle des crises le malaise général, bien que moindre, persiste quand même et la malade est souvent obligée de garder la chambre.

Les accès continuent de la même façon après son mariage ; plusieurs fausses-couches et deux accouchements à terme. Même pendant ses grossesses l'écoulement revient comme auparavant. Son mari s'est aperçu qu'elle avait de la contracture des membres pendant son sommeil. Un examen des urines fait à cette époque par son médecin ne révéla rien d'anormal.

En juillet 1884, apparaissent, à la racine du nez, des douleurs s'irradiant vers la région frontale droite et allant mourir en un point limité du pariétal droit.

Ce point se trouve à deux centimètres du plan antéro-postérieur sur une ligne réunissant les deux conduits auditifs. La malade sent « comme si quelque chose se tordait dans la moitié droite de son front et comme si on lui enfonçait un clou » sur le point que nous avons décrit et qu'elle désigne avec le doigt.

Les douleurs s'éveillent lorsqu'elle se lève après être restée assise ou couchée quelque temps ; elles persistent d'une façon très intense durant une à trois minutes. En se rasseyant aussitôt elle les fait cesser et, quelques minutes après, elle peut se lever sans douleur. Une nouvelle station assise assez longue, de une heure par exemple, est suivie de nouveau de douleurs dès qu'elle se lève. Si à ce moment elle veut marcher, sa vue s'obscurcit et elle voit les objets par moitié, « en biais ». La vision monoculaire ou binoculaire ne lui permet de distinguer que la moitié supérieure gauche de chaque objet, tandis que le reste est effacé. Les objets sont comme divisés en deux moitiés par une diagonale allant de la partie supérieure droite de l'objet à sa partie inférieure et gauche ; la malade ne voit que la moitié située en haut et à gauche.

Ce genre d'hémiopie persiste régulièrement de 20 à 25 minutes et disparaît subitement.

A l'époque de l'apparition de ces douleurs, la malade a ressenti aussi des battements presque constants dans le côté droit du crâne principalement dans le front et survenant au moindre mouvement alors même qu'il n'existe pas les douleurs dans le front. Elle entend ses battements par l'oreille droite surtout si elle est couchée du côté droit : de plus, soit à son réveil du matin, soit le jour si elle a dormi, elle ne peut ouvrir les paupières qu'à l'aide des doigts ; une fois cette petite manœuvre opérée elle peut les fermer et les ouvrir à volonté.

A cette même époque remonte encore l'apparition de démangeaisons violentes au niveau des paupières, à la vulve et aux parties qui subissent une compression quelconque, au-dessous du sein, à cause du corset, sur le cou du pied, sur le bras, à l'endroit où repose l'anse du panier, sur le doigt au-dessous de la bague. Sur tous ces endroits il n'existe aucune lésion ; toutefois sur les paupières on trouve une blépharite ciliaire ulcéreuse dont il sera parlé plus loin.

Depuis que la malade souffre de la tête, les accès d'écoulement aqueux ne surviennent que toutes les trois semaines ou tous les mois.

L'écoulement est peut-être un peu moins profus qu'autrefois, mais elle s'aperçoit maintenant que des glaires gélatineuses blanchâtres lui tombent à chaque moment dans l'arrière-gorge, surtout si elle penche la tête en arrière. Aussi loin qu'elle remonte dans le passé, elle se rappelle avoir présenté ce symptôme avec moins d'intensité toutefois qu'en ce moment. Les différents troubles de l'estomac ont disparu dès qu'elle a commencé à souffrir de la tête.

Six mois environ aprés l'apparition de tous ces symptômes, la malade apprend la mort de sa mère ; sept jours après cette nouvelle, chute sur la face et état de léthargie consécutif qui dure 4 heures. Point de détails sur la forme de la crise.

Depuis, affaiblissement de la mémoire, idées obsédantes et hallucinations auditives. Un an après la première crise elle perd une

deuxième fois connaissance sans le moindre signe prémonitoire ; l'attaque est de courte durée. Un an plus tard, nouvel ictus dans la rue, mais elle se relève aussitôt.

Enfin, le 31 décembre 1890, en descendant l'escalier de sa maison, elle a un quatrième accès qui la fait rouler les 22 marches de cet escalier ; elle reprend connaissance avant d'avoir atteint la dernière marche.

Un deuxième examen des urines fait par son nouveau médecin ne révèle rien d'anormal. Il est à noter que l'odorat et l'ouïe ont toujours été intacts. Pour ce qui concerne la vue, sans parler des moments où elle voyait tout par « moitié et en biais », il est à noter que depuis 1877, après une fausse-couche, elle ne pouvait plus lire les journaux ; elle pouvait coudre mais non point enfiler son aiguille.

Examen ophtalmologique fait en mars 1891 par le docteur Armaignac : O. D. Hm + 1,50. V = 5/12. Fond normal. Petit liseré pigmenté berdant le côté externe de la pupille. O. G., Hm + 1. Ast. 120° + 1. V = 5/18. Fond normal. Léger trouble du crlstallin des deux côtés. Asthénopie considérable empêchant tout travail appliqué. Champ visuel normal. Chromatopsie normale.

Durant sa longue maladie, elle a souvent été obligée de garder la chambre, qu'elle n'a jamais quitté pendant les dix premières années de son mariage. A 22 ans, elle a commencé à maigrir, et à 44 ans, époque de l'apparition des douleurs, elle ne pesait que 38 kilos et demi. Ces dernières années seulement, elle a repris des forces, son poids est de 58 kilos. Le traitement local et général prescrit par un grand nombre de confrères, reste sans aucun résultat.

Le 7 février 1892, la malade se présente à la clinique dermatologique de M. le professeur agrégé Arnozan, pour ses démangeaisons qui devenaient insupportables.

Voici la note que M. Arnozan a bien voulu mettre à ma disposition et qui a trait à ces phénomènes :

« Les démangeaisons dont se plaint Madame F.... surviennent par crises. Elles occupent soit la vulve, soit différents points du corps, en particulier ceux qui sont exposés à des pressions relativement plus fortes, comme celles que peut exercer le corset sur la

base du thorax ou l'anse d'un panier sur l'avant-bras. La chaleur du lit est aussi une cause occasionnelle des crises de prurit. Quelquefois, mais pas toujours, le grattage est suivi de l'apparition de papules ortiées ou de petites nodosités dures intraépidermiques. »

M. Arnozan, en questionnant la malade, apprend les diverses phases de sa maladie, qu'il étudie à fond. Un nouvel examen des urines, fait sur sa demande par M. le professeur agrégé Denigès, ne dénote rien d'anormal. Après avoir réussi à calmer les démangeaisons de la vulve à l'aide de lotions chaudes, les autres médications étant restées inefficaces, il veut bien m'envoyer la malade afin que je pratique l'examen des fosses nasales et des cavités accessoires. Il croit en effet que ces organes sont pour beaucoup dans les divers phénomènes morbides que présente la malade. On verra plus loin combien sa supposition était exacte.

En même temps la malade était adressée à M. le professeur Pitres, qui diagnostique une forme complexe de neurasthénie peut-être d'origine nasale. Pour ce qui est des démangeaisons des paupières, M. Pitres l'envoie à la clinique ophtalmologique de M. le professeur Badal. Là on constate une blépharite ciliaire ulcéreuse chronique double, très accentuée surtout aux paupières inférieures. Tous les traitements usuels étant restés infructueux, M. Latrille, chef de clinique, fait en août 1891 des applications de teinture d'iode qui débarrassent la malade de ses démangeaisons.

Examen des fosses nasales, le 2 mars 1891 : A l'extérieur je ne trouve pas de déformation au niveau de la racine du nez et de la région frontale. Cette dernière est peut-être un peu saillante. Les fosses nasales et les arrière-fosses nasales, à part une certaine pâleur de la muqueuse, sont tout à fait normales. Ni polypes, ni hypertrophies, ni trace de sécrétion purulente. La sensibilité de la muqueuse paraît normale.

En présence de ce résultat et voyant que la malade localisait tout son mal dans la région du sinus frontal droit, je ponctionne ce sinus par voie intra-nasale selon le procédé de Schäffer [19] ; seulement au lieu de me servir d'un stylet simple ou d'un stylet se terminant par une cuiller tranchante comme le conseille cet auteur, j'enfonce un trocart avec gaine en acier de $1^{mm}1/4$ de dia-

mètre. J'entends craquer l'os mais je n'éprouve pas la sensation de pénétration dans une cavité bien que la pointe du stylet soit distante du bout du nez de plus de 6 cm. (la distance du bout du nez à la racine, au niveau de la ligne de réunion des sourcils est chez la malade de 4 cm 1/2). Il s'écoule une assez grande quantité de sang, mais pas de pus.

La ponction fut douloureuse et éveilla, sur le moment, avec une grande intensité, la douleur au niveau du front et du vertex. A l'injection faite à travers la canule l'eau phéniquée ressort teintée de sang, mais ne contient pas de pus. La malade crache seulement par les arrière-fosses nasales de petits paquets de mucus dont il est difficile de déterminer la provenance. Aussitôt après la ponction, la pesanteur à la racine du nez, la sensation de torsion douloureuse dans le front et notamment le « clou » du sommet sont très atténués. La malade passe une bonne nuit. Le lendemain et les jours suivants, bien que les douleurs reviennent un peu, elle sent la tête plus libre et surtout le nez plus dégagé, ce qui ne lui serait pas arrivé depuis les 29 ans de sa maladie.

Le 10 mars, pour m'assurer plus exactement de l'état du sinus frontal, j'enfonce mon trocart de nouveau et pénètre environ à 6 cm. 1[2. Je sens au bout de mon stylet une grande résistance, qui serait donnée comme par un os éburné et, en le frottant ou en appuyant davantage, la malade ressent une vive douleur dans le front droit, s'irradiant vers son « clou ».

Il s'écoule, comme la première fois, beaucoup de sang. — Lavage à l'eau phéniquée. Depuis ce jour elle sent la tête beaucoup plus libre ; plus de pesanteur en haut des fosses nasales, plus de douleurs à la racine ni dans le front, ni sur le vertex quand elle remue. Elle ne voit plus les objets en « biais ». Plus d'accès d'écoulement de liquide aqueux; beaucoup moins de crachats s'écoulent par les arrière-fosses nasales.

La malade arrive maintenant à ouvrir les yeux plus facilement qu'auparavant. Quelques semaines après, elle les ouvrait à son réveil sans la moindre difficulté.

Les démangeaisons qui existaient sur les parties subissant des pressions disparaissent petit à petit.

En avril je fais une 3e ponction suivie des mêmes résultats. Le

mieux va s'accentuant, à part quelques petites rechutes, jusqu'au 15 octobre, où elle est prise de nouveau de ses anciennes douleurs sur le front et le sommet du crâne. En même temps elle recommence à cracher par les arrière-fosses nasales.

Le 8 novembre, fièvre ; elle sent les glaires tomber en abondance dans l'arrière-gorge : cet état dure trois jours. Pas de douleurs, pas d'éternuement ni d'écoulement de liquide aqueux par les narines.

Le 29 novembre, la fièvre se déclare de nouveau avec écoulement de glaires par le pharynx nasal. Au bout de quatre jours, il s'établit à la place de ces glaires un écoulement aqueux profus par la narine droite. Ni douleurs de tête, ni larmoiement. Le lendemain tout rentre dans l'ordre.

Calme jusqu'au 10 janvier 1892, la malade commence à sentir en remuant la tête un battement dans le front « comme si quelque chose voulait se déplacer. » En même temps, éternuement, écoulement de peu d'importance par la narine droite et maux de tête.

Les battements durent 15 jours et se terminent par un écoulement à gauche, côté d'où le liquide s'est rarement écoulé isolément. Cet écoulement s'accompagne d'éternuement ; pas de mal de tête.

Tout le mois de février elle se porte bien ; ses forces sont revenues ; poids, 64 kilos.

Le 16 mars 1892, la malade est prise de fièvre, de mal de tête, de toux et d'un abattement général avec transpiration pendant le jour et la nuit ; inappétence complète.

Cet état dure jusqu'au 20 mars, époque à laquelle elle commence à éternuer et à sécréter un liquide aqueux des deux côtés. Le 21, elle vient me voir malgré son état de faiblesse. Je constate qu'il s'écoule encore du liquide aqueux mais en petite quantité. Rentrée chez elle, elle est obligée de se mettre au lit. Le lendemain matin fièvre plus forte ; la malade expectore par les arrière-fosses nasales et par les narines, surtout à droite, une grande quantité de matière gélatineuse, de couleur safranée, dont elle tache une quinzaine de serviettes.

Pendant 11 jours, cette sécrétion jaunâtre persiste avec abondance, puis cesse brusquement.

Depuis ce moment, tous les symptômes qui après les ponctions du sinus frontal étaient encore survenus de temps en temps, bien que très affaiblis, cessent complètement.

Jusqu'à aujourd'hui 25 octobre 1892, ni les douleurs dans le front et au sommet, ni les crises d'écoulement aqueux, d'éternuement et de larmoiement, ni les démangeaisons ne sont revenus. Les sécrétions épaisses ne tombent plus dans les arrière-fosses nasales. L'état général est des plus satisfaisants, la malade peut vaquer à ses occupations sans aucune fatigue.

En résumé, la malade a été affligée pendant 29 ans de pesanteur dans le nez et d'accès d'écoulement profus d'un liquide aqueux, accès accompagnés de crises d'éternuement, de larmoiement et de photophobie. De plus, depuis 7 ans, elle souffrait d'une douleur intense à la racine du nez, dans le côté droit du front et du pariétal, douleurs se réveillant au moindre mouvement. On trouvait aussi des démangeaisons sur différentes parties du corps, une difficulté très grande pour ouvrir les yeux après son sommeil, une sorte d'hémianopsie passagère et enfin quelques attaques convulsives avec perte de connaissance. Tous ces troubles ont été considérablement améliorés par une ponction du sinus frontal droit et ont complètement disparu un an plus tard après l'élimination spontanée par les fosses nasales et les arrière-fosses nasales, d'une grande quantité de liquide gélatineux.

Les questions qui se posent lorsqu'on lit cette observation peuvent être formulées ainsi :

1° D'où provenait l'écoulement aqueux abondant et quelle était sa cause?

2° A quelle affection était due la sécrétion muqueuse qui se déversait en arrière dans l'intervalle des accès d'hydrorrhée?

3° Comment l'amélioration considérable des phénomènes nerveux multiples après la ponction du sinus frontal droit, a-t-elle pu se produire ainsi que la disparition complète de ces phénomènes après l'élimination du mucus gélatineux?

Voici les hypothèses qui nous semblent les plus plausibles pour répondre à ces questions.

1° L'écoulement aqueux n'était pas du liquide céphalo-rachidien mais avait une origine nasale. A l'appui de cette hypothèse, nous citons le fait que chez notre malade chaque accès d'écoulement était toujours accompagné d'autres symptômes qu'on rencontre souvent dans les affections nasales les plus diverses ; tels étaient les éternuements et le larmoiement réflexes. De plus le liquide aqueux se transformait régulièrement le quatrième jour de l'accès en un liquide muqueux pour lequel on ne pourrait pas invoquer un autre lieu d'origine que le nez. Les accès ressemblaient à ceux qui caractérisent la fièvre des foins et s'en distinguaient seulement par leur apparition en toute saison et sans cause extérieure.

Nous n'avons pas eu l'occasion de recueillir le liquide pour le faire examiner au point de vue chimique et microscopique, car depuis le commencement de notre exploration les accès étaient devenus rares et moins intenses, sauf le dernier grand accès qui avait précédé l'élimination du mucus gélatineux.

Il n'est cependant pas téméraire de penser que ces examens auraient donné les mêmes résultats que ceux obtenus par les auteurs qui ont fait examiner le liquide dans leur cas d'hydrorrhée. Deux de ces auteurs seulement, Tillaux et Leber, croient que le liquide recueilli chez leurs malades était du liquide céphalo-rachidien, mais ils n'ont pas apporté de preuves suffisantes à l'appui de leur hypothèse.

Tillaux n'a pas fait l'autopsie de son malade et il n'est nullement prouvé que l'ablation des polypes du nez ait véritablement causé une perforation de la lame criblée de l'ethmoïde, perforation par laquelle se serait échappé le liquide.

Leber base son opinion sur l'examen chimique du liquide, et il ajoute qu'il n'est guère probable qu'un liquide d'une telle composition et d'une telle abondance puisse être fourni par une muqueuse nasale normale.

D'abord une muqueuse nasale en apparence normale peut, grâce à la richesse de ses cellules caliciformes, de ses glandes et de ses vaisseaux, fournir une sécrétion très abondante. Nous savons aussi depuis les travaux de Sappey [20] que dans tous les sinus et les cellules éthmoïdales sans exception, on rencontre des glandes.

Les rhinologistes ont l'occasion d'observer cette sécrétion exagérée dans les cas de fièvre des foins sans lésion nasale apparente. Puis l'auteur ne dit pas si chez sa malade la muqueuse des sinus du nez était aussi saine que celle des fosses nasales et nous verrons plus loin l'importance d'une affection de ces cavités.

Les autres auteurs, au contraire, admettent l'origine nasale du liquide aqueux. Ainsi Paget en se basant sur l'autopsie détaillée de son cas, nie absolument l'origine cérébrale et n'ayant trouvé comme seule lésion que des polypes kystiques dans l'antre, il semble y chercher la cause de l'écoulement aqueux. Spencer Watson avait déjà émis cette opinion avant la mort de la malade de Paget.

Fischer, sans donner d'autres preuves, pense que dans son cas il s'agissait d'une hydropisie du sinus frontal qui se vidait de temps en temps.

Nittleship et Priestley Smith adoptent également pour leur cas l'origine nasale.

Dans le cas de Baxter, l'autopsie permettait d'exclure l'origine cérébrale du liquide secrété.

Mathiesen, dans son cas, laisse la question pendante à savoir si le liquide était d'origine cérébrale ou nasale.

Chez la malade de Anderson, des polypes du sinus maxillaire avaient été la cause de l'écoulement aqueux.

Bosworth, dans ses deux cas, semble attribuer la sécrétion à une parésie vaso-motrice et Hardie partage cet avis pour la grande majorité des cas d'hydrorrhée nasale.

Nous partageons cette opinion, mais nous croyons que cette parésie des vaso-constricteurs, de la muqueuse des fosses nasales et de ses sinus, est vraisemblablement un phénomène réflexe dû à une cause siégeant le plus souvent dans les cavités accessoires du nez et dans notre cas dans le sinus frontal droit. Dans notre cas cette cause était aussi la même qui avait provoqué la sécrétion muqueuse se déversant à chaque moment par les arrière-fosses nasales. Cela nous conduit à notre deuxième question concernant la provenance de cette secrétion muqueuse.

2° La sécrétion muqueuse était dûe, à notre avis, à une affection catarrhale chronique du sinus frontal droit, affection dont le

début semblait remonter à une époque ayant précédé l'apparition de l'hydrorrhée. Le catarrhe du sinus frontal lui-même était, comme on le verra, probablement occasionné par le développement d'une tumeur kystique dans cette cavité.

Pour rendre cette hypothèse plausible il faut se rappeler ce qui s'était passé chez notre malade. Depuis sa jeunesse elle avait continuellement craché des mucosités qui lui étaient tombées dans l'arrière-gorge, surtout quand elle renversait la tête en arrière. Lorsqu'à l'âge de 22 ans les crises d'hydrorrhée avaient apparu, la sécrétion muqueuse avait persisté dans l'intervalle de ces crises et était devenue très abondante, surtout depuis l'apparition des céphalalgies et des autres troubles nerveux. Or, à l'examen nasal et retro-nasal, nous n'avons pu trouver dans ces cavités aucune cause pouvant expliquer la pesanteur constante à la racine du nez et les douleurs que la malade localisait nettement dans le sinus frontal. De plus, la ponction suivie du lavage antiseptique du sinus frontal avait amené tout de suite un soulagement que la malade n'avait pas ressenti durant les 29 années de sa maladie.

Dans un cas analogue, dont nous donnons ci-après l'histoire clinique, une sécrétion constante s'écoulant dans les arrière-fosses nasales et une céphalalgie frontale et temporale ayant persisté depuis 12 ans, avaient disparu après une seule ponction exploratrice suivie de lavage du sinus frontal.

Voici cette observation :

Madame D...., 21 ans, vient me voir en août 1891. Depuis l'âge de 12 ans elle souffrait tous les jours de mal de tête, surtout au-dessus de la racine du nez et aux tempes. Si les douleurs étaient moins fortes elle ressentait toutefois constamment de la lourdeur de tête. Ces douleurs revenaient lorsqu'elle portait la tête à droite, à gauche ou en arrière. Chaque fois qu'elle baissait la tête, elle sentait comme si quelque chose remuait dans son front ou comme si un poids se déplaçait. Ces douleurs furent accompagnées dès le début d'une sensation d'enchiffrènement des deux côtés des fosses nasales.

Depuis 2 à 3 ans la malade crachait à chaque moment des matières gluantes qui lui tombaient dans l'arrière-gorge.

Il y a 20 mois environ, après l'influenza, les maux de tête aug-

mentèrent en même temps qu'il se déclarait une surdité surtout à gauche. L'examen nasal et retro-nasal ne révélait rien qui pût expliquer les troubles dont se plaignait la malade. Une ponction suivie de lavage explorateur des antres d'Highmore, d'après ma méthode [22], donnait un résultat négatif.

Le 2 octobre 1891, au matin, je pratique la ponction du sinus frontal droit, d'après la méthode de Schaeffer, en me servant seulement d'un trocart mince. J'ai la sensation nette de pénétrer dans une cavité et je constate que la pointe du stylet se trouve à une distance de 7 cm. 1/2 du bout du nez, au moins à 2 cm. de la racine du nez. Ni à l'aspiration, ni à l'injection d'eau phéniquée je ne fais sortir du pus ; mais en retirant la gaine du trocart la malade mouche des paquets de mucosités semblables à celles qui lui tombent habituellement dans les arrière-fosses nasales. Hémorrhagie assez considérable et évanouissement aussitôt que l'injection du sinus frontal est terminée. Dès qu'elle est remise de sa syncope, la malade n'éprouve plus sa céphalalgie et elle sent la tête et le nez libres, chose qu'elle n'a pas éprouvée depuis douze ans.

Pendant toute la durée des mois d'octobre et novembre, cette amélioration persiste et la malade ne rejette plus de glaires par l'arrière-gorge. Elle peut maintenant vaquer à ses affaires et remuer la tête sans ressentir dans le front un poids se déplacer. Au commencement de décembre la malade recommence à cracher quelques mucosités qui lui descendent par l'arrière-nez, mais les douleurs de tête ne sont pas revenues.

Même état jusqu'au 15 juillet 1892, époque à laquelle la malade est revue pour la dernière fois.

Dans ce cas, comme chez la première malade atteinte d'hydrorrhée, la ponction suivie de lavage du sinus frontal, a fait disparaître la céphalalgie frontale, la gêne à la racine du nez et la sécrétion muqueuse qui se déversait par les arrière-fosses nasales (1).

---

(1) Nous avons encore observé des phénomènes analogues chez un troisième malade dont nous aurons à parler dans un travail ultérieur, où nous exposerons que cette méthode d'exploration du sinus frontal peut souvent être impossible et présenter des inconvénients graves.

L'amélioration chez la malade qui fait le sujet de ce travail portait aussi sur les autres symptômes nerveux, notamment sur les crises d'hydrorrhée, symptômes qui avaient également disparu et n'étaient revenus que rarement, pendant un an jusqu'au 22 mars 1892. A cette époque, subitement, après une crise d'hydrorrhée plus forte et plus longue que d'habitude, il s'était déversé par les narines et les arrière-fosses nasales, une grande quantité d'une mucosité gélatineuse jaunâtre. Or, cette mucosité était analogue à celle qu'on rencontre dans les tumeurs kystiques et nous croyons que cette tumeur siégeait là où la malade pendant toute sa maladie éprouvait des sensations de pesanteur, et, depuis ces dernières années, de fortes douleurs et des battements, c'est-à-dire au niveau du sinus frontal droit, ou peut-être dans les cellules ethmoïdales antérieures communiquant avec le sinus frontal.

De quelle nature était la tumeur ? Etait-ce un gros polype kystique ou un kyste osseux ? La chose est difficile à élucider.

3° Etant admis l'existence de cette tumeur kystique dans le sinus frontal droit, on pourra expliquer plus facilement l'apparition des phénomènes nerveux qui avaient existé dès le début de la maladie (sensation de pesanteur, catarrhe du sinus frontal et crises d'hydrorrhée avec éternuement et larmoiement) et d'une partie de ceux qui avaient apparu seulement dans ces dernières années, peut-être à cause de la croissance du kyste (les douleurs et les battements dans le front et l'hémiopie passagère). On comprendra aussi plus aisément avec cette hypothèse pourquoi le lavage antiseptique du sinus frontal, en modifiant la muqueuse de cette cavité avait pu améliorer l'état de la malade et pourquoi la guérison complète a pu survenir après la rupture spontanée de la poche osseuse ou muqueuse du kyste.

Quoi qu'on pense de cette hypothèse, on admettra au moins que le sinus frontal droit a été pour beaucoup dans l'affection complexe de la malade. Sans doute la malade est neurasthénique et nous croyons nous-même que les nombreux symptômes qu'elle a présentés ont apparu sous l'influence de cet état prédisposant ; mais la cause occasionnelle de ces troubles nerveux doit être rattachée à la lésion du sinus frontal. Autrement il serait difficile d'expliquer l'existence de la sécrétion retro-nasale constante, l'a-

mélioration considérable après la ponction du sinus frontal coïncidant avec la diminution de la sécrétion muqueuse et enfin la disparition complète de tous les symptômes subjectifs et objectifs après l'évacuation subite d'une grande quantité de mucus jaunâtre et gélatineux.

Nous ne voulons pas de cette seule observation tirer des déductions sur l'étiologie des autres cas disparates d'hydrorrhée nasale, étiologie qui probablement n'est pas la même pour tous les cas, mais nous croyons qu'à l'avenir on devrait chez chaque malade atteinte d'hydrorrhée nasale, diriger l'attention sur les différentes cavités accessoires du nez. A notre avis ces cavités peuvent en effet donner naissance plus souvent à des troubles réflexes de toute nature que les fosses nasales.

Quand l'étiologie et la pathogénie de la maladie désignée sous le nom d'hydrorrhée nasale seront mieux connues, cette dénomination ne servira plus à désigner une entité morbide, mais indiquera seulement un symptôme commun à des affections variées.

INDEM BIBLIOGRAPHIQUE

1. Bosworth. Nasal Hydrorrhoea (*Treatise on diseases of the nose and throat,* Vol. I, 1889, p. 258-271).
2. Rees. *London medical and surgical Journ.*, 1834, Vol. IV, p. 823,
3. Forster (New-York med. Times, 1852, Vol. II, p. 113-115).
4. Elliotson. Limpid watery fluid in very large quantities from the left nostril (*Med. Times and Gaz.*, sept. 19, 1857. Vol. XV, p. 290-91).
5. Davies. *Lancet,* 1870, Vol. II, p. 592.

6. Vieusse. De l'influence que les différentes attitudes de la tête ont sur la sortie du liquide céphalo-rachidien dans les fractures du crâne (*Gazette hebdom. de méd. et de chir.* N· 19, 9 mai 1879, p. 298).

7. Althaus. Excessive Secretion from the nose (*Brit. med. Journ,*, Déc. 7, 1878, p. 831, et *Medico-Chirurgical Transaction,* 1869, Vol. II, p. 28).

8. J. Paget. Watery discharge from one nostril (*Med. Press and Circular,* London, 1878, XXVI, p. 432, et *Transactions Clinical Society of London,* 1879, p. 43, et *Med Times and Gaz.*, Déc. 7, 1878, p. 667).

9. Tillaux. *Traité d'Anatomie topographique,* 4e édition 1884, p. 54.

10. Fischer. Wässrige Ausscheidung auseiner Nasenôffnung (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie,* XII, 4 et 5, p. 369, 1879).

11. Speirs (W.-R.) Notes of a case in which the principal symptome was a constant and copious discharg of watery fluid from the nose (*Lancet,* march 1881, p. 369).

12. Leber. Em Fall von Hydrocephalus mit neuritischer Sehnervenatrophie und continuirlichem Abträufeln wässriger Flüssigkeit aus der Nase (*Arch. f. Ophthalm.* 1883, XXIX, 1, p. 273-292).

13. Nettleship (E.) Case of optic neuritis followed by dropping of fluid from the nostril (*Ophth. Rev.*, Janv. 1883, p. 1-3).

14. Priestley Smith. Persistent dropping of fluid from the nostril associeted with atrophy of the optic nerves and other brain symptoms (*Ophth. Rev.* Jan. 1883, p. 4-11).

15. Baxter. (*Brain,* Vol. IV, p. 525, Jan. 1882).

16. Mathiesen. Et Tilfaelde af staerkt vandagtigt Udflod fra Naesen efler et Fald paa Hovedeh (*Norsk Magazin for Laegevidens Kaben,* p. 41, Jan. 1887, in *Intern. Centralbl. f. Laryngol.* IV, p. 84).

17. Hardie (M.) Two cases of nasal hydrorrhoea, with a report on the eye symptoms by A. Wood (*New-York Med. Journ.* Sept. 6, 1890).

18. Anderson (A.-R.) Nasal hydrorrhoea (*Lancet*, 27 Févr. 1892).

19. Schaeffer. Zur Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase mit Ausnahme des Sinus maxillaris (*Deutsche med. Woch.* 9 Okt. 1890, p. 905).

20. Sappey. Glandes des sinus et des cellules éthmoïdales (*Traité d'Anatomie descriptive*, Tome III, p. 657-660, 1872).

21. Lichtwitz. Du diagnostic de l'empyème latent de l'antre d'Higmore par le lavage explorateur (*Bulletin médical*, N· 86, 1890).

Séance du 3 Février 1893

Présidence de M. Lœwenberg

Une observation montrant le rôle du traumatisme dans les déformations du septum nasal.

Par M. le Docteur Gellé

Déjà à plusieurs reprises la question du mode de génèse des déformations et déviations du septum nasal a été mise à l'ordre du jour de nos séances, nous avons entendu développer et discuter les diverses théories émises tant sur l'action de ce qu'on peut appeler les accidents de développement de la cloison nasale, que sur le rôle joué par les divers états morbides généraux ou locaux.

L'influence de traumatismes analysée avec sévérité a paru sortir amoindrie de ces discussions.

L'historique de cette question et l'exposé des opinions diverses des auteurs qui l'ont traitée, ont été faits avec une grande lucidité

et un esprit critique élevé par nos collègues Chatellier et Potiquet. Celui-ci surtout a élargi le débat, et mettant à contribution les sciences anthropologique et zoologique, a pu poser des conclusions qui semblent inattaquables sur la solution du problème des déformations et des déviations de la cloison nasale. Il en a tiré la philosophie, en montrant le mouvement d'évolution générale et les modifications si curieuses et si variées des petits os qui concourent à la formation du septum.

Pour ma part, je me tiendrai sur le terrain de la clinique. Ce n'est pas une opinion que je discute ici ; c'est une observation intéressante que j'apporte, parceque j'ai pu suivre longtemps l'évolution du processus pathologique, lequel né d'un traumatisme, a abouti à une déformation permanente du cartilage de la cloison nasale.

Je montrerai par la description du cas comment par le fait d'un trauma intense, une lésion du cartilage quadrilatère s'étant produite, un éperon saillant se trouva en résulter, définitif.

Le coup fut reçu directement sur le nez, et sans doute le cartilage fut fracturé, avec décollement des deux membranes d'enveloppe.

Il s'agit d'une fillette de 5 ans qui reçut sur le nez un coup de tête d'une camarade de pension. Nul doute qu'avant l'accident le septum fut ici sans déviation, en belle rectitude ; les commémoratifs indiquent au reste que les voies nasales étaient libres, le jour et la nuit, et le nez bien conformé.

Tout d'abord, il est permis de penser que les cavités nasales étaient normales et la cloison droite.

La suite de l'observation montra aussi qu'au quatrième jour du choc il se produisit une complication dont le rôle n'a pas été à mon sens sans ajouter beaucoup à la gravité du cas, et n'a pas peu contribué à faciliter la formation nouvelle, en s'opposant à la réparation naturelle du cartilage fracturé.

Cet élément nouveau qui a transformé le foyer de fracture en abcès infectieux mérite qu'on signale son intervention. Il résulte de l'action de cette condition pathologique surajoutée; l'infection, qu'on doit tenir compte de l'état de colonisation bacterienne si

intense des voies nasales dans la suppuration des plaies traumatiques et des fractures du squelette de ces cavités.

Cette notion est admise, mais il est curieux de constater combien l'accession d'une grippe sérieuse à pu aggraver une lésion traumatique que l'enfant avait d'ailleurs jusque là supportée sans se plaindre. Il s'en est suivi un changement absolu d'évolution et la production d'une déformation très accusée de l'organe lésé.

Voici le fait :

OBS. (résumée). — Mlle Maria L...., âgée de 5 ans, bien développée, m'est amenée le 28 janvier 1892. Elle éprouve depuis 15 jours une gêne croissante de la respiration nasale et fait beaucoup de bruit en dormant.

Il y a 15 jours, l'enfant bien portante reçoit sur le nez le choc de la tête d'une camarade de pension ; aussitôt gonflement du nez ; à la suite epistaxis légère ; puis ecchymose et épatement de la racine du nez; et léger gonflement subœdêmateux des paupières inférieures, encore visible aujourd'hui.

Comme on allait m'amener la blessée, elle est prise de fièvre, avec douleur frontale, coryza intense, laryngite et bronchite générale, qui ne cèdent qu'au bout de 12 jours de séjour au lit.

— Mais le nez empâté est actuellement bouché totalement des deux côtés et l'enfant mouche depuis quelques jours du pus mêlé de sang, avec douleur à la pression assez vive.

— Pâleur et grande faiblesse, toux légère, mauvais état gastro-intestinal sans diarrhée ; la voix est nasonnée, le sommeil interrompu par la gêne de la respiration. A l'inspection des narines on voit les deux orifices absolument bouchés par deux saillies arrondies, rougeâtres, molles au toucher, dépressibles au stylet ouaté ; que le stylet boutonné contourne facilement en dehors, surtout à droite. Une pression douce sur la tumeur gauche fait saillir et gonfle celle de droite : on ne constate ni plaie ni déchirure de la muqueuse ; la pression ne vide par ces deux poches qui pendent en bissac aux deux faces du septum cartilagineux.

Incision verticale de chaque poche ; issue de pus crémeux abondant ; l'abcès gauche en laisse écouler davantage, avec quelques grumeaux sanguins ; tout absolument inodore.

— La poche droite revient assez vite sur elle-même à la suite de l'ouverture ; à gauche, au contraire, la tumeur persiste plus longtemps et laisse voir à peine la paroi latérale externe de la narine gauche.

— On trouve les parois externes des fosses nasales normales de forme, mais la muqueuse est rouge, couverte à gauche surtout d'un exsudat catarrhal.

— Dans la section, le couteau a rencontré une résistance assez grande, un tissu dense et épais ; c'est évidemment sous le perihondre et la muqueuse nasale que le pus s'est formé, bien au foyer de la fracture, ainsi que le démontre au surplus le ballonnement à droite quand le stylet appuyait à gauche. Le cartilage est donc perforé ; l'abcès est en bissac ; mais la communication entre les deux décollements n'est pas large ; aussi on voit la saillie droite s'affaisser vivement après l'issue du seule, tandis que la gauche persiste à peu près avec son premier volume.

Le 1er février, les incisions sont invisibles par le retrait des parois des abcès ; du côté droit la cloison est presque plane et l'orifice des narines béant ; il n'y a plus de suintement ni de douleur à la pression.

— A gauche, la bosselure est encore visible, molle, mais la narine est sèche, il n'y a plus de sang ni de pus ; la respiration se fait bien à droite.

— Pansement à la gaze iodoformée, après lavage, chaque matin ; légère compression excentrique par un tampon de gaze introduit du côté gauche.

— On constate au stylet porté derrière la tumeur que le décollement est peu étendu à droite, mais il l'est bien davantage à gauche ; avec le stylet on sent un bourrelet horizontal très dessiné de ce côté. Le pharynx est très rouge et plissé, congestionné, catarrhal.

— Les jours suivants, diarrhée, coliques, vomissements et accès de fièvre ; c'est une dernière manifestation, abdominale cette fois, de la grippe des premiers jours.

— Le 15 février, l'aspect des narines est très curieux.

A droite, à la place de la bosselure, il existe une dépression à bords rayonnée en forme de bourse, tandis qu'à gauche, assez bas, on voit une saillie gris-blanc assez consistante et indolore. Etat

général excellent ; la voix est revenue ; et la respiration nasale est silencieuse.

— Le 25 février, la dépression de la face droite du septum est plus nette et plus profonde ; la saillie en bourrelet, en forme d'éperon, allant à la rencontre du cornet inférieur, est tout à fait tranchée, solide et non mobile. Plus accusée en avant qu'en arrière, elle arrête net le stylet porté au-dessus d'elle, et empêche sa pénétration par en-dessous.

— Le 20 avril, l'enfant offre un état nasal excellent, mais l'aspect des deux faces de la cloison est le même ; à la coloration près de la muqueuse pâlie.

— 24 juin : L'éperon est constitué. Il n'y a aucune déformation du nez.

En résumé :

Le traumatisme avait été sérieux, car il en est résulté pendant plus de six semaines un subœdême de la peau du nez et des paupières, de teinte subicterique plutôt.

Mais, la grippe intervient, et le foyer de fracture, l'épanchement sanguin deviendront le siège d'une invasion microbienne, d'où des abcès en bissac en 12 à 15 jours, et l'altération du cartilage.

Un mois après la guérison, une des faces du septum s'est affaissée, tandis que l'autre fait une saillie très accusée en forme d'éperon solide. Cet état persiste au cinquième mois, sans tendance à disparaître.

Le Secrétaire-général,
Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

AIGRE, de Boulogne-sur-Mer.
AUBERT, d'Alger.
HAMON DU FOUGERAY, du Mans.
JOAL, du Mont-Dore.
JOLY, de Lyon.
LICHTWITZ, de Bordeaux.
MADEUF, de La Bourboule et du Mont-Dore.
NOQUET, de Lille.
PERCEPIED, du Mont-Dore.
SUAREZ DE MENDOZA, d'Angers.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

ARTZROUNY, de Tiflis (Caucase).
BÉZOLD, de Munich.
BOMFIM, de Lisbonne.
BURKNER, de Gœttingen.
COLLADON, de Genève.
COZZOLINO, de Naples.
CRESSWELL-BABER, de Brighton.
GOTTSTEIN, de Breslau.
GRAZZI (Vittorio), de Florence.
GUYE, d'Amsterdam.
HARTMANN, de Berlin.
HERING, de Varsovie.
KOCH, de Luxembourg.
KURZ (Edgard), de Florence.
MOOS, d'Heidelberg.
POLITZER, de Vienne.
PRITCHARD (Urban), de Londres.
SCHMIDT (Maurice), de Francfort.
SCHŒFFER, de Brême.
SCHNITZLER, de Vienne.
SUNE Y MOLIST, de Barcelone.
TOBOLD, de Berlin.